

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade Saúde da Família Maria Borges, Paes Landim/PI**

Remberto Perez Carro

Pelotas, 2015

Remberto Perez Carro

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade Saúde da Família Maria Borges, Paes Landim/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C319m Carro, Remberto Pérez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão E/Ou Diabetes na Unidade Saúde da Família Maria Borges, Paes Landim/PI / Remberto Pérez Carro; Adrize Rutz Porto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

63 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Porto, Adrize Rutz, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mello CRB: 10/1327

Dedico aos meus pais e filhos que
sempre me apoiaram em tudo que fiz.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração de todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família Maria Borges, de Paes Landim/PI, envolvidos no processo do projeto de intervenção, enfermeiros, médicos e odontólogos, psicólogos, Agentes Comunitários de Saúde, demais membros da equipe.

À Universidade Federal de Pelotas e ao curso de Especialização em Saúde de Família, pela proposição e apoio a este trabalho.

A todos os que ajudaram de alguma forma, principalmente nos momentos finais, sempre os mais conturbados!

Resumo

CARRO, Remberto Perez. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Saúde da Família Maria Borges, Paes Landim/PI**. 2015. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças hipertensão e diabetes ocasionam elevada morbimortalidade na população e podem evoluir para complicações graves, as quais são condições sensíveis à atenção primária em saúde, por meio da prevenção de doenças e complicações. Com o intuito de qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, desenvolveu-se um trabalho de intervenção em 12 semanas, na Unidade Básica de Saúde Maria Borges de Paes Landim/ no estado do Piauí, que em sua área de abrangência possui a estimativa de 4.074 pessoas. Ações foram planejadas e realizadas, como a capacitação de toda a equipe sobre os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para o rastreamento, diagnóstico e seguimento dos usuários acometidos por tais patologias e organização do trabalho de forma mais acertada, fazendo com que cada um desenvolvesse suas atribuições profissionais de maneira clara, possibilitando, por exemplo, a priorização do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos classificados como de alto risco. No que tange, a cobertura alcançada pela intervenção, a equipe cadastrou 217 (66,6%) hipertensos e 205 (65,9%) diabéticos que, embora não se tenha atingido a meta proposta de 90%, proporcionou aos atendidos, atenção mais qualificada e integral. Essas ações foram ofertadas aos 100% dos cadastrados, tais como: exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa dos faltosos, registros adequados, mapeamento para riscos associados às doenças cardiovasculares. Ainda, com a intervenção, verificou-se o desconhecimento da população sobre o controle destas doenças, principalmente acerca da adesão aos hábitos e estilo de vida saudáveis, como atividade física regular, alimentação e higiene bucal adequada, abstinência do tabaco e outras drogas. Para tanto, as orientações, como meio de promoção de saúde, foi um ponto que a equipe esforçou-se para oferecer a comunidade. Nos locais em que se conseguiu formar os grupos, de periodicidade mensal, notou-se a adesão e participação dos usuários e familiares, os quais demonstraram satisfação em fazer parte da intervenção e perceberam as diferenças em suas vidas com as mudanças de hábitos a partir do trabalho no grupo, fato que os motivou a querer a continuação dos encontros. Enfrentaram-se poucas dificuldades, como muitos dias chuvosos que afetaram o trabalho da equipe e a indisponibilidade de veículo para fazer as visitas domiciliares, mas que com o apoio da gestão, a situação de transporte foi resolvida no menor tempo possível. Por fim, destaca-se que com a experiência já obtida, a equipe pretende implementar intervenção no controle e prevenção de câncer, dando prioridade as neoplasias que se podem detectar de forma precoce, como é o câncer do colo do útero, próstata e mama.

Palavras-Chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS Maria Borges. Paes Landim/PI, 2015.	45
Figura 2 - Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS Maria Borges. Paes Landim/PI, 2015.	46

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
e-SUS	SUS eletrônico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Programa de Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PI	Piauí
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica.....	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral.....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma.....	39
3 Relatório da Intervenção	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	43
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	43
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	43
4 Avaliação da intervenção	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discussão	50
5 Relatório da intervenção para gestores.....	52
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	52
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	57
Referências	59
Anexos	60

Apresentação

O presente volume trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), executado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Borges, do município de Paes Landim, do Estado do Piauí (PI).

O mesmo está composto por sete itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho. O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema objeto da intervenção e a descrição do município no qual a UBS está localizada.

No segundo item é apresentada a Análise Estratégica por meio da construção de um Projeto de Intervenção, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades sobre a avaliação de qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), desde o ponto de vista de acompanhamento clínico, avaliação laboratorial, conhecimento que os usuários apresentam sobre o controle das doenças e complicações de agravos e prevenção destes, promovendo estilos de vida saudáveis.

O terceiro tópico relata-se o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. No quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve-se os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes.

Cabe brevemente, mencionar que a intervenção foi realizada em 12 semanas, na referida UBS. Estima-se que na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) há 4.074 pessoas e há duas microáreas, uma na zona urbana e outra rural. Também se estimam 326 hipertensos na área e 302 diabéticos com 20 anos ou mais, dos quais com a intervenção foi possível cadastrar, respectivamente, 217 (66,6% de cobertura) e 205 (65,9% de cobertura) usuários. Demais resultados estão na íntegra do trabalho.

No quinto tópico está presente o relatório para os gestores e no sexto item, para a comunidade. Ainda consta um sétimo tópico que se trata de uma reflexão crítica do processo de aprendizagem do especializando e a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, bem como seus anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Saúde da Família (SF), criada em 1994, aqui no Brasil consolidou-se como a estratégia de organização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade.

Minha UBS fica na secretaria de saúde de Paes Landim, Piauí, onde a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) atende, e a Unidade ainda não possui nome. A UBS tem uma estrutura pequena: um consultório médico, dois consultórios de enfermagem, uma sala de vacina, recepção, cozinha, um banheiro para os homens e outro banheiro para as mulheres, um consultório de odontologia, farmácia com armários.

Entretanto, há uma estrutura precária que prejudica o bom funcionamento da Unidade, como consultórios sem sanitário, pequenas salas de espera, de curativo e de procedimentos, ausência de sanitário para deficientes, de depósito para material de limpeza, de sala de recepção, de lavagem e descontaminação de material, de esterilização, de estocagem de material, de depósito para o lixo contaminado, bem como não tem sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), etc. Todos os pisos da UBS são de superfície lisa, as janelas são de madeira e não estão protegidas com telas mosquiteiras. Não existe sinalização visual nos ambientes que permita a comunicação, em recursos auditivos, de textos, de figuras, nem em Braille. É imprescindível que a concepção arquitetônica das UBS integre-se ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, que o acesso seja facilitado e que a identificação das unidades seja clara.

Também faltam profissionais como educadores físicos, especialistas de diferentes áreas, como: Angiologia, Dermatologia, Homeopatia e Infectologia, Neurologia, Pediatria.

Seria muito importante a presença destes profissionais aqui em nossa comunidade para o trabalho em conjunto. Temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que desenvolve estratégias para o nosso trabalho da UBS.

Espera-se das ESF a capacidade para resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis, que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso. Agora como profissionais que somos, cada dia tratamos de resolver e adaptar qualquer situação que se apresenta em benefício da comunidade, família e indivíduos. Realizamos o maior esforço em conjunto com a tendência de que os usuários sejam atendidos com a qualidade que merecem, apesar das dificuldades que temos, mas também não é menos certo que com essa estrutura, o trabalho não seja excelente, nem para os usuários, nem para os profissionais.

Estamos aguardando a reforma da estrutura de nossa UBS e ter todas ou quase todas as estruturas possíveis para um melhor desenvolvimento de nosso trabalho. Não obstante, atendemos com muito amor a todos os usuários que precisam de nós e ficamos a espera para ver realizado um sonho, que é a construção da nova USF.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Paes Landim possui uma área de 349,679 km², cujo bioma do município é a Caatinga. Tem disponível uma equipe do NASF composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e nutricionista. Há um serviço hospitalar, mas as urgências são encaminhadas para outro município Simplício Mendes, estando distante cerca de 50 quilômetros de viagem de Paes Landim. Também não tem ainda disponibilidade de atenção especializada em Paes Landim, os especialistas que a equipe encaminha é para Simplício Mendes, onde tem Cardiologista, Psiquiatra, Fisioterapeuta, Ortopedista e um Cirurgião Geral, que realiza pequenos procedimentos.

Os exames complementares são feitos no nosso município e processado nesse outro município próximo. Há dificuldades com a oferta destes exames conforme protocolo, pois a cota de exames disponibilizada é insuficiente em relação à demanda, além da demora na realização dos mesmos em tempo oportuno.

A UBS fica na secretaria de saúde de Paes Landim, onde a equipe do PSF atende, e a mesma ainda não possui nome. A população estimada na área de abrangência da UBS, em 2014 foi de 4.074 pessoas. A UBS possui 978 famílias, distribuídas em duas

microáreas, sendo que uma fica na zona urbana e a outra na zona rural, tendo algumas áreas bem distantes da UBS. O atendimento para os usuários é de segunda a sexta-feira, com dois turnos de trabalho.

A UBS tem uma estrutura pequena: um consultório médico, dois consultórios de enfermagem, uma sala de vacina, recepção, cozinha, um banheiro para os homens e outro banheiro para as mulheres, um consultório de odontologia, farmácia com armários. Todos os ambientes tem adequada iluminação, são pequenos e com pouca circulação de ar, mas são climatizados, os pisos são todos de superfície lisa, não sendo estável e firme para grávidas, crianças e idosos. Há computadores e internet em todas as salas, atuando-se com o prontuário eletrônico e o Sistema Único de Saúde (SUS) eletrônico (e-SUS). A maioria das paredes internas é de superfície lisa, o que permite a lavagem das mesmas.

Outra das principais dificuldades é a existência das barreiras arquitetônicas, não tendo rampas e corrimões para acesso à UBS pelas pessoas com dificuldades motoras, visuais e idosos. Nos banheiros não é possível realizar manobras com cadeiras de rodas. Há disponibilidade dos equipamentos e instrumentais necessários para o trabalho: antropômetro, negatoscópio, oftalmoscópio e de instrumentos para a consulta odontológica. Os medicamentos chegam mensalmente, estão organizados em armário e há controle de entrada e saída. As vacinas também são recebidas adequadamente e há o devido monitoramento de entrada e saída.

O município conta com duas equipes de SF, formada por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois dentistas, dois auxiliares de dentistas e onze ACS. Quanto às atribuições da equipe, participamos no mapeamento e territorialização da área, em atividades de saúde fora da UBS como: palestras de aleitamento materno, atenção às gestantes, crianças, trabalho de promoção em saúde com grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, saúde bucal, em que explicamos sobre eliminação dos fatores de riscos. A dentista e técnica de saúde bucal desenvolvem atividades de prevenção de doenças bucais nas escolas.

Quando um usuário acamado precisa de atenção, ou na população adstrita precisa-se de algum cuidado em casa, realizamos visita domiciliar. São priorizados os grupos, como idosos, deficientes visuais ou motores e urgências. Os ACS tem um planejamento de visitas na zona rural e urbana, realizando visita a cada domicílio pelo menos uma vez por mês e reunindo-se para discutir com a equipe uma vez por semana, sendo efetivamente um elo entre equipe e comunidade.

Também é realizada busca ativa de faltosos às consultas programáticas e aproveita-se o momento para enfatizar a importância do acompanhamento regular. Ainda, há buscas ativas para doenças de notificação compulsória em zonas de risco na comunidade. A equipe reúne-se mensalmente para analisar informações e indicadores, organizar o processo de trabalho e planejar ações. Ainda não é possível discussão de casos. Outro ponto negativo, é que a estrutura pequena da UBS dificulta atividades educativas. Também há falta de recursos materiais para atendimentos de urgência. Entretanto, já está prevista ampliação e reforma da UBS.

A comunidade tem uma boa relação com a UBS e a equipe. A qualidade de atenção à população é muito boa em nosso município. Cabe ressaltar que a cultura da população de que a resolução de suas necessidades está centrada nos profissionais, remédios e estudos de alto custo e, em sua maioria, os usuários não se importam com a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, embora, sejam desenvolvidas ações de promoção em saúde em toda a comunidade, escolas e em cada consulta de forma individual por técnico de enfermagem, enfermeira, médico clínico geral, dentista, psicóloga.

Há um bom acolhimento dos usuários pelos profissionais, desde a recepcionista, e depois com um profissional de saúde, que direcionará, conforme o protocolo de fluxo de atendimento do usuário e o problema de saúde. Se for problema agudo terá atendimento prioritário e os demais são cadastrados nas ações programáticas e agendadas consultas com os profissionais da equipe.

A atenção à saúde das crianças de zero meses até seis anos possui na agenda um dia para atendimento na semana. Há 28 crianças menores de um ano, com 100% de cobertura. A puericultura é realizada pelo médico e enfermeira. Não utilizamos protocolos e há problemas para acesso ao atendimento odontológico, a cobertura é 70% (20). A classificação de risco é feita por grau de vulnerabilidade biológico-social da família. Monitoram-se mensalmente os registros nos prontuários e da vacinação para busca de faltosos, a cobertura vacinal é 75,4% (21). Realizam-se atividades com os grupos de mães das crianças na UBS, pelo enfermeiro, médico e ACS.

A atenção à saúde das gestantes e puérperas na UBS possui um dia na agenda para atendimento na semana, com médico ou enfermeira. Ainda temos que conseguir captação precoce da gestante no primeiro trimestre de gestação. Temos 40 gestantes, com cobertura de 100% e 16 puérperas, com cobertura de 85%, que recebem orientações

dos cuidados ao recém-nascido e aleitamento materno, bem como avaliação até 42 dias pós-parto.

A primeira consulta geralmente é feita pela enfermeira, com anamnese, exame físico completo, solicitação dos exames complementares do primeiro trimestre de gestação, exame citopatológico. Na comunidade realiza-se um trabalho conjunto com as mulheres sobre os riscos pré-concepcional e idade fértil pelos ACS, técnica em enfermagem e demais profissionais para detectar gravidez até as 12 primeiras semanas.

Realiza-se um trabalho educativo com as palestras de aleitamento materno, alimentação saudável, riscos do tabagismo e abuso de álcool e outras drogas na gestação, e número de consultas de seis a oito. Ainda não se tem um atendimento integral, incluindo saúde bucal. Uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga atuam fora da UBS desenvolvendo atividades para as gestantes. Os registros são realizados por toda equipe no prontuário e monitorado nas reuniões para as buscas ativas.

Quanto à atenção à saúde das mulheres, especificamente, prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama, há 578 mulheres entre 25 a 59 anos, com 100% de cobertura. O rastreamento é feito por exame clínico, fatores de risco, ou com solicitação de mamografia, mas não temos casos de câncer de mama ou de colo de útero. Os exames citopatológicos são realizados pela enfermeira três vezes na semana e registrados os resultados em livro, com arquivo específico e em prontuário. O tema é bastante trabalhado no grupo de educação em saúde com as mulheres pelos profissionais médico, enfermeira, ACS. Da mesma maneira, as ações são monitoradas por meio dos registros nas reuniões de equipe.

Existe um total estimado de 326 usuários com HAS e 302 com DM residentes na área de abrangência da UBS. Todos os profissionais da equipe participam em atividades de educação de saúde para essa população alvo, mas ainda não ofertamos orientações sobre atividades físicas regulares. O atendimento é agendado todos os dias e turnos da semana pela distância de algumas comunidades da UBS. Fazemos a classificação dos riscos cardiovasculares, pé diabético, pulsos dos adultos e esta são registrados em prontuário, uma ficha-espelho, mas só temos arquivos específicos para os registros de atendimento dos diabéticos. Não há excesso de demanda de casos agudos em relação a essa ação programática. Ainda não utilizamos protocolos assistenciais.

A atenção à saúde do idoso atinge 389 idosos (100%), com o atendimento agendado todos os dias e turnos da semana pela distância de algumas comunidades da

UBS. Existe demanda de idosos com condições agudas por hipertensão e diabetes descompensadas. Há arquivo específico, mas não é realizado o monitoramento. Não se avalia a capacidade funcional global dos idosos e nem temos cardeneta para essa população. Atividades de grupo também são realizada pela equipe da UBS no Centro de Assistência Social.

Há atendimento odontológico todos os dias da semana na UBS, mas a demanda é muito maior que o número de atendimentos ofertados, além de que são insuficientes os materiais para urgências, faltando também amalgamadores, instrumental para instalação de próteses e para procedimentos cirúrgicos e periodontais. Essas condições inadequadas de estrutura e equipamentos, ao final provocam insatisfação nos profissionais de saúde por não oferecer um melhor serviço aos usuários.

O relatório foi importante para o nosso trabalho, possibilitando uma visão muito mais ampliada sobre o atendimento da equipe e, assim olhar e desenvolver ações com as dificuldades percebidas, como precisamos atuar de forma mais integrada, pois os profissionais estão trabalhando isoladamente e promover saúde, ao invés de estar centrado no diagnóstico de doenças. Também temos deficiências de registros, o que dificultou levantar dados para avaliar as ações programáticas.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ainda falta muito que fazer para consolidar a ESF e ter um bom atendimento a todas as pessoas do município e qualidade de vida. Ainda não trabalhamos com todos os protocolos, que permitem uma atuação mais organizada. Temos que trabalhar de maneira intensa com a população para estimular a conscientização sobre a importância da prevenção de agravos e de hábitos saudáveis.

O relatório de análise situacional foi mais completo, integral, abrangendo as ações programáticas, bem como estrutura, processo, resultados. A análise permitiu visualizar as ações desenvolvidas, ou não, os insumos, atendimento da demanda espontânea, etc. e descrever de maneira mais detalhada as ações programáticas da puericultura, pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e mama, hipertensão e diabetes e saúde dos idosos. E no momento, estamos passando por reforma e ampliação de consultórios na UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência, cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. Quase sempre, acompanham lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações. Uma doença crônica para a maioria das pessoas pode modificar de forma profunda a sua vida. As modificações estão relacionadas às atividades da vida cotidiana, pois, desde o estabelecimento do diagnóstico, ocorrem sentimentos de angústia e desespero perante a percepção do pouco controle acerca de sua vida, diminuindo a potência para agir e pensar. Essa situação leva as pessoas à necessidade de cuidado integral de saúde, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros. Neste contexto, os usuários com HAS e/ou DM, em particular, necessitam de acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional de saúde que ofereçam as ferramentas necessárias para o manejo da doença com vistas ao autocuidado. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitem ao usuário lidar com situações no dia a dia, advindas da doença tais como a aceitação, a tomada de decisões frente aos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, o valor calórico dos alimentos, a utilização correta dos medicamentos prescritos, a monitorização da glicemia capilar no domicílio, e as comorbidades, como a HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A UBS ainda não tem nome e fica na secretaria de saúde de Paes Landim, com população estimada em 2014 de 4.074 pessoas. Tem 978 famílias, distribuídas em duas microáreas, sendo que uma fica na zona urbana e a outra na zona rural. O atendimento é de segunda à sexta-feira, com dois turnos de trabalho. A UBS tem uma estrutura pequena: um consultório médico, dois consultórios de enfermagem, uma sala de vacina, recepção, cozinha, um banheiro para os homens e outro banheiro para as mulheres, um consultório de odontologia, farmácia com armários. Todos os ambientes tem adequada iluminação, são pequenos e com pouca circulação de ar, os pisos são todos de superfície lisa, não sendo estável e firme para grávidas, crianças e idosos. As paredes internas na maioria são de superfície lisa que permitem lavagem das mesmas. Nosso município conta com duas equipes ESF, formada por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois dentistas, dois auxiliares de saúde bucal e onze ACS. A minha equipe irá realizar a intervenção, atua no mapeamento e territorialização da área, bem como nas atividades de educação em saúde fora da UBS com pessoas com HAS e/ou DM e também sobre a saúde bucal com explicação do tratamento das mesmas e eliminação dos fatores de riscos. Tem disponível uma equipe do NASF com fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista, não temos ainda disponibilidade de atenção especializada. Há serviço hospitalar, mas as urgências são encaminhadas para outro município, com relação aos exames complementares são feitos no nosso município e processado num município próximo em 50 quilômetros, Simplício Mendes.

Existe um total de 326 usuários com HAS e 302 com DM residentes da UBS. O município conta com um 100% de cobertura da população. A população-alvo da ação programática atendida pela UBS é em média de 450 pessoas por mês. A qualidade da atenção a esta população é muito boa em nosso município, só que os moradores acreditam que os resultados eficazes estão centrados nos profissionais, remédios e estudos de alto custo e não na adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. São desenvolvidas ações de promoção em saúde em toda a comunidade, escolas e em cada consulta de forma individual por técnico de enfermagem, enfermeira, médico clínico geral, dentista, psicóloga. A realização de exames complementares em dia de acordo como protocolo é bastante difícil, sendo que a cota de exames disponibilizados mensalmente pelo SUS é insuficiente, gerando na maioria das vezes uma demora muito grande para a realização destes exames em tempo oportuno. Devido ao baixo nível de escolaridade e cultural da maioria da população acreditasse que haveria dificuldades quanto ao uso adequado de medicamentos. A troca frequente de profissionais na rede atrapalha o

vínculo com a comunidade e a cultura de alimentação local em que é costume comer churrasco e usar o sal em excesso também é um obstáculo para adoção de hábitos saudáveis.

A intervenção é importante já que possibilita uma atenção em saúde mais organizada, amplia-se o grau de implementação de ações programáticas com todos os membros da equipe e registros mais sistematizados. Pelas limitações de recursos na UBS como ausência do educador físico e outras mais, não se pode programar um sistema de trabalho com todas as condições necessárias. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são o trabalho em conjunto da equipe de saúde. Há possibilidade de planejamento com o auxílio dos ACS para realizarmos atividades físicas em cada zona rural com usuários hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Saúde da Família Maria Borges, Paes Landim/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF Paes Landim, no município de Paes Landim, pertencente ao estado Piauí. Participarão da intervenção 326 usuários com HAS e 302 com DM com 20 anos ou mais da área de abrangência de uma equipe de ESF.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

O monitoramento da cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa ocorrerá semanalmente através da revisão das fichas de cadastro dos ACS, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

Toda a vez que algum profissional atender a um usuário hipertenso ou diabético a recepção fornecerá a ficha espelho deste usuário junto com o prontuário. O profissional responsável pelo atendimento irá fazer o preenchimento das informações da consulta tanto no prontuário quanto na ficha espelho. Diariamente, os registros de atendimento dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS serão revisados pela enfermeira e pelo médico para que nenhuma ficha-espelho fique incompleta. Ambos serão responsáveis nestas ações.

Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, primeiramente a equipe receberá capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e serão definidos os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Será organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos ACS e também da demanda espontânea. Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda relacionada à sua patologia será garantida consulta no mesmo dia.

Será solicitada a Secretaria Municipal de Saúde a aferição dos esfigmomanômetro, manguitos e dos aparelhos de hemoglicoteste para verificar se estão calibrados. Também serão solicitadas fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Os ACS serão capacitados, inicialmente para informar a comunidade sobre o programa na UBS e sobre a importância de realizar a medida da pressão arterial, assim como os fatores de risco da doença e também do diabetes; também serão desenvolvidos cartazes e folders informativos sobre as patologias; serão organizadas atividades educativas em sala de espera falando sobre as formas de prevenção das doenças e seus principais sintomas e complicações; em todos os grupos existentes na UBS será abordado o assunto.

Ações no eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg.

Detalhamento:

Antes do início da intervenção, a equipe de enfermagem será capacitada pelo médico sobre os cuidados na verificação da pressão arterial e na verificação do hemoglicoteste, assim como seus valores de referência. Os ACS serão capacitados pela enfermeira e pelo médico quanto ao preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas. Ambos serão responsáveis por estas ações.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta: 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta: 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta: 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Para o monitoramento, a realização de exame clínico dos usuários com HAS e/ou DM será coletada numa planilha de coleta de dados e o registro será feito em todas as consultas pela médica e enfermeira, utilizando a ficha específica do programa, assim como sobre os exames solicitados. O monitoramento da periodicidade de exames será realizado, examinando os registros na ficha espelho mensalmente.

O gestor municipal irá garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) como prioridade. Avaliados a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos durante as consultas médicas e de enfermagem.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamentos:

O monitoramento das consultas e exames será feito pelo médico e enfermeira de acordo com os protocolos adotados, ambos serão responsáveis por estas ações, para isso terá na unidade a versão digital e impressa atualizada do protocolo e identificar-se-ão todos os usuários com HAS e/ou DM que não estão com consultas e exames em dia. Além disso, articular-se-á com o gestor a prioridade dos exames complementares conforme o protocolo e a organização dos serviços de coleta de exames.

A técnica de farmácia irá manter estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e irá elaborar e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Nas consultas os profissionais irão realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamentos:

Palestras nas comunidades serão realizadas para orientar aos usuários sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares, os direitos e possíveis alternativas para obter acesso aos exames e a importância de realizar avaliação a saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamentos:

Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Aproveitar às reuniões que realizam se na UBS e capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Aproveitar às reuniões que realizam se na UBS e realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes assim como capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta: 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta: 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamentos:

Para o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo serão coletadas as informações numa planilha para acompanhar se as consultas dos usuários estão em dia.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamentos:

Visitas domiciliares serão planejadas e realizadas pela enfermeira e pelo médico da equipe para buscar os faltosos às consultas e na agenda haverá espaço para o acolhimento destes faltosos provenientes das buscas domiciliares.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamentos:

Palestras serão realizadas nas comunidades para informar sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão de pessoas com HAS e/ou DM e esclarecer à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamentos:

Aproveitar as reuniões que realiza-se na UBS e capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta: 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamentos:

Para o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde será coletado informações em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamentos:

Haverá controle para manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. Realizar-se-á a ficha de acompanhamento com os dados que sejam necessários. Será responsável o médico, a enfermeira e o burocrata da equipe pelo monitoramento dos registros. Será utilizada a planilha de coleta de dados e será avaliada mensalmente para se obter o controle e identificar as situações de alerta.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Será responsável o médico e a enfermeira por estas ações.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamentos:

Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Será responsável o médico e a enfermeira por estas ações.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta: 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação.

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamentos:

Realizar nas primeiras consultas a estratificação de risco cardiovascular em todos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamentos:

Ter controle mais periódico dos usuários avaliados como de alto risco e haverá agenda para o atendimento desta demanda.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco de saúde e à importância do acompanhamento regular e esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, por exemplo). Será responsável o médico e a enfermeira por estas ações.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo (em especial a avaliação do pés, no caso de diabéticos).
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamentos:

Aproveitar às reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Será responsável o médico e a enfermeira por estas ações.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta. 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta. 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamentos:

As orientações das consultas de enfermagem, médica e do dentista serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações ofertadas.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamentos:

Estabelecer materiais necessários e profissionais responsáveis, bem como programar as datas das atividades e sua divulgação. Estabelecer parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação da atividade física e articular com o gestor para priorizar o nutricionista nestas atividades.

O gestor deverá comprar os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Responsabilizar a participação do odontólogo na realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, em nível individual, como coletivas.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal. Será responsável o médico e a enfermeira por estas ações.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal. Será responsável o médico e a enfermeira por estas ações.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à HAS e à Diabetes da Unidade de Saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos utilizará os protocolos do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica da Saúde), Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013. O mesmo já está disponível na UBS em versão impressa e digital. A capacitação da equipe sobre HAS e DM acontecerá no horário utilizado para a reunião da equipe, em que será entregue a cada membro da equipe o protocolo impresso para que possam estudar seu conteúdo. O responsável por esta atividade é o médico e será em na própria UBS, a entrega dos protocolos impressos é responsabilidade da coordenadora da UBS.

Para o monitoramento das ações, primeiramente vamos revisar o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, os ACS apresentaram por suas microáreas o total de usuários cadastrados com nomes e sobrenomes dos usuários. A equipe fará uma revisão da situação de cada microárea para verificar a necessidade de rastreamento em busca de usuários ainda não diagnosticados.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O período de intervenção no projeto foi previsto para 16 semanas, entretanto, a turma sete do curso de especialização, após a realização da unidade de análise estratégica, teve o tempo de intervenção reduzido para 12 semanas. Todavia, mesmo com a diminuição do período de intervenção, as ações realizadas foram muito importantes e de impacto positivo para o serviço e para a equipe.

A introdução do uso dos protocolos assistenciais atualizados para HAS e DM também foi fundamental na melhoria do atendimento em nossa UBS. A primeira ação realizada foi à ida dos ACS aos bairros da área de abrangência da nossa equipe, para fazer os convites a todos os diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência da UBS para formar parte de nosso projeto, sendo o primeiro acolhimento que eles tiveram da equipe.

A intervenção exigiu uma capacitação de toda a equipe para seguir os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para o rastreamento, diagnóstico e seguimento destes usuários pelos ACS em suas visitas diárias às famílias, com orientações aos moradores sobre as características das doenças e comparecimento à UBS, onde são recebidos pela recepcionista, que preenche todos os dados necessários na ficha-espelho, colocando junto com o prontuário, que em seguida a enfermeira atende e registra o peso, estatura, perímetro braquial, pressão arterial, hemoglicoteste, índice de massa corporal. Logo com todos os dados anotados na ficha-espelho o usuário passa à consulta médica, realizando-se anamnese, exame físico completo, sendo avaliados também os exames realizados anteriormente, segundo o protocolo, se indicava novos exames se necessários e também eram feitos reajustes nas doses das medicações e em casos necessários os usuários eram encaminhados para a especialidade correspondente. Isso provocou um

impacto positivamente na organização do trabalho, levando a uma rotina de trabalho com todos os usuários de nossa comunidade.

Todos os profissionais da equipe participaram das atividades de prevenção e controle das doenças. O trabalho com a comunidade sobre prevenção de doenças crônicas, como HAS e DM deve ser contínuo, pois a equipe deve sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos, principalmente por ser uma comunidade de nível socioeconômico e com poucos anos de estudo, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença, assim que diversas orientações foram repassadas para todos os diabéticos e hipertensos, como a alimentação mais saudável, sinais e sintomas da doença e suas complicações. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2010), 33,2% da população de Paes Landim era analfabeta e no Brasil, esse percentual é de 11,82%. Diante da peculiaridade de muitas pessoas analfabetas, o tempo de atividades com a comunidade com relação à ação de educação em saúde, não foi suficiente no período de 12 semanas de intervenção, para sensibilizar e esclarecer à população de maneira mais específica quanto às necessidades de cuidados com a saúde.

A formação dos grupos de hipertensos e diabéticos foi adequada e está dando certo, pois nos locais que aconteceram os grupos, notamos a adesão dos usuários, bem como a participação dos mesmos mensalmente, como uma alternativa de tratamento e melhora da saúde. Os usuários demonstram satisfação com os grupos e adotaram mudanças nos hábitos de vida, junto aos seus familiares e percebemos que eles querem que este tipo de atendimento continue com a mesma qualidade, após o término da intervenção.

As reuniões semanais previstas foram realizadas todas as segundas-feiras, avaliando-se o andamento ao projeto e capacitando, no início da intervenção toda a equipe. Semanalmente monitoramos os usuários cadastrados, os faltosos para planejar sua busca ativa e aqueles usuários que não podem comparecer até unidade para organizar a agenda de visitas domiciliares.

O processo de trabalho da nossa equipe é bom, pois são proporcionadas trocas de experiências e conhecimentos, boa comunicação entre os membros da equipe e com a comunidade, fatores que são extremamente necessários para uma boa atenção à saúde. Participamos do processo de mapeamento da nossa área e trabalhamos na identificação de grupos alvo da intervenção. Além disso,

identificamos os grupos e famílias expostas a riscos e realizamos busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. As atividades de grupo são realizadas no âmbito da UBS, escolas, igrejas e em outros espaços comunitários. Participam das atividades a enfermeira, o médico, a auxiliar de enfermagem, trabalhador da secretaria de saúde, ACS e lideranças comunitárias.

Enfrentamos poucas dificuldades, uma delas foi às situações climatológicas, ou seja, dias chuvosos que afetaram o trabalho da equipe e o comparecimento da comunidade na UBS; outra dificuldade foi orientar as muitas pessoas analfabetas, que estão utilizando seus remédios de forma inadequada, explicando-se nas atividades coletivas, nas consultas individuais, nas visitas domiciliares, se for o caso, como se separam os medicamentos e como os organizam para os usuários realizarem o tratamento, conforme o que foi prescrito pelo médico.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações previstas no cronograma do projeto foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldades na coleta dos dados, pois temos todos os dados necessários dos usuários nos prontuários (parte na forma eletrônica e, ainda, parte em folhas), nas fichas-espelho. Na planilha de coleta de dados, o cálculo dos indicadores foi feita automaticamente, com o adequado preenchimento das informações.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A capacitação da equipe permitiu que conhecesse a rotina de trabalho e os protocolos assistenciais para HAS e DM, o que melhorou a organização do trabalho, com registros mais adequados e qualificou o atendimento, com avaliações de saúde mais sistemáticas e com cuidados mais integrais. O monitoramento das informações possibilitou a ampliação e qualificação do acesso às ações de saúde ofertadas pela equipe. Assim, a incorporação da intervenção é viável na rotina do serviço, a equipe está interessada e entende-se a necessidade da conscientização da comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis, por exemplo, nos hábitos alimentares, nas atividades físicas, com o intuito de diminuir a morbimortalidade provocada por HAS e DM.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Minha UBS fica na secretaria de saúde de Paes Landim, com duas ESF que atende uma população estimada em 2014 de 4.074 pessoas. Na minha área da ESF existe um total de 326 pessoas com HAS e 302 usuários com DM. O município conta com 100% de cobertura da população. O planejamento das metas foi para 16 semanas de intervenção, mas a turma sete teve o período reduzido para 12 semanas, o que o impactou negativamente no alcance da meta de cobertura. No projeto de intervenção foram estabelecidas metas, indicadores e ações a serem desenvolvidos.

1. Objetivo: Ampliar a cobertura aos hipertensos.

Meta: 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Durante a intervenção foram cadastrados, no primeiro mês 73 usuários (22,4%), no segundo 145 usuários (44,5%) e no terceiro mês 217 (66,6%) pessoas com HAS (Figura 1). Os cadastros foram aumentando progressivamente no decorrer da intervenção.

Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram valiosos e benéficos para o serviço da Unidade de Saúde. A participação dos ACS foi fundamental para o levantamento das pessoas com HAS, já que garantiram a participação destes em cada uma das atividades feitas por nossa equipe, da busca e organização dos locais, onde se desenvolveram as palestras, realizaram visitas domiciliares a todos os hipertensos faltosos e graças a eles estes tiveram a consulta. Para melhorar o acolhimento dos hipertensos, primeiramente a equipe recebeu a capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e foram definidos os

profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Foi organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos ACS e também da demanda espontânea. Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda, relacionada a esta patologia, foi garantida consulta no mesmo dia.

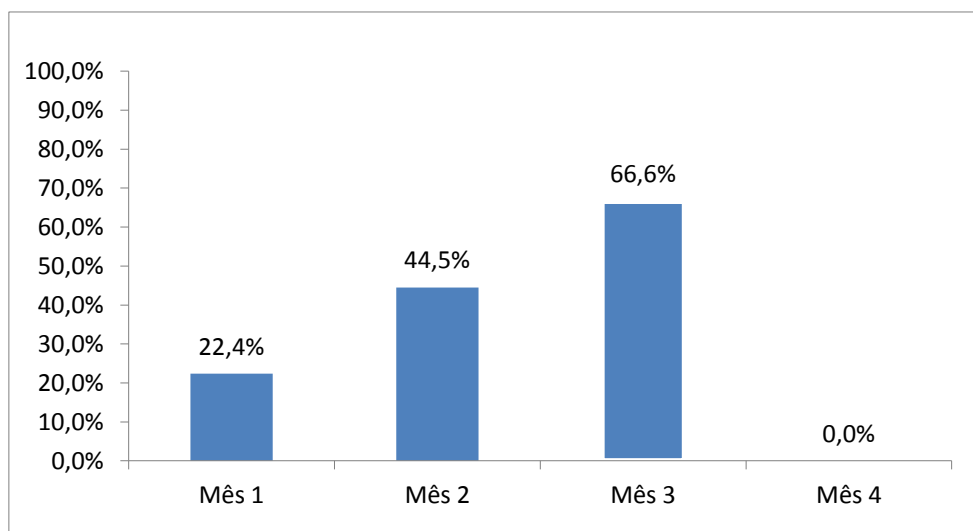


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS Maria Borges. Paes Landim/PI, 2015.

2. Objetivo: Ampliar a cobertura aos Diabéticos.

Meta: 1.1 Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês 69 (22,8%) pessoas com DM foram cadastradas, no segundo 137 (45,4%) e no terceiro mês 205 (67,9%) diabéticos (Figura 2). Da mesma maneira que os ACS foram essenciais para o alcance dos resultados para as pessoas com HAS, também foram para aquelas com DM. A equipe foi capacitada para realização do hemoglicoteste, preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas. O monitoramento da cobertura dos diabéticos cadastrados no programa ocorreu semanalmente através da revisão das fichas de cadastro dos ACS, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim que foi disponibilizada pelo curso de especialização.

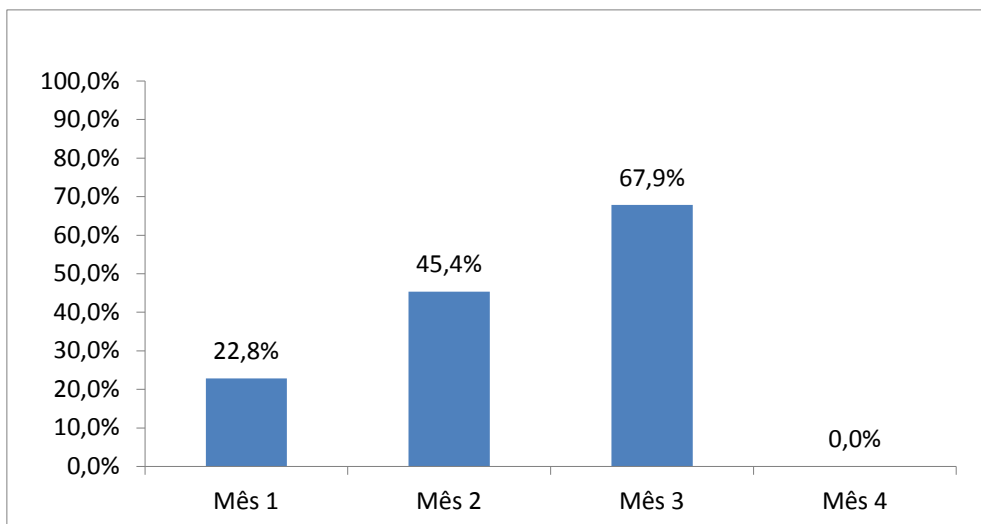


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS Maria Borges. Paes Landim/PI, 2015.

3. **Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 3.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos de acordo com o protocolo.

A proporção de hipertensos que apresentaram exames clínicos em dia foi de 73 usuários (100%) no primeiro mês, no segundo mês foram 145 usuários (100%) e no terceiro mês completamos usuários 217 (100%). Par isso foram desenvolvidas várias ações, como adoção e capacitação da equipe sobre o protocolo assistencial para HAS e DM, monitoramento do exame clínico aos usuários com HAS, alimentação da planilha de coleta de dados e registro em todas as consultas pelo médico e pela enfermeira utilizando a ficha específica do programa. Além disso, o material foi garantido adequadamente para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Meta 3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram 69 usuários (100%), no segundo mês foram 137 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 205 usuários (100%) com DM. O protocolo assistencial, capacitação sobre este, monitoramento e registros adequados foram ações que possibilitaram que este indicador obtivesse esse resultado. Também foi garantido adequado material para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e solicitada à secretaria de saúde fitas para a

aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

Meta 3.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, alcançou-se 73 usuários (100%), no segundo mês foram 145 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 217 usuários (100%). O protocolo facilitou a obtenção deste resultado e o trabalho do ACS que solicitava aos usuários irem à consulta com todos os exames.

Meta 3.4. Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram 69 usuários (100%), no segundo mês foram 137 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 205 usuários (100%) com DM. Além de o protocolo ter sido importante, foram organizados os serviços de coleta de exames para ofertar eficiência aos usuários com DM.

Meta 3.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

No primeiro mês foram 73 usuários (100%), no segundo mês foram 145 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 217 usuários (100%). Neste aspecto, a farmácia da USB apresentou os medicamentos necessários para o controle desta doença. Foi elaborado um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, em que a técnica de farmácia manteve estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 3.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

No primeiro mês foram 69 usuários (100%), no segundo mês foram 137 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 205 usuários (100%) com DM. As ações desenvolvidas para o alcance dos resultados de prescrição de medicamentos da farmácia popular para hipertensos, também foram realizadas para os diabéticos.

Meta 3.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

No primeiro mês foram 73 usuários (100%), no segundo mês foram 145 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 217 usuários (100%). As consultas

odontológicas foram garantidas para os hipertensos, bem como para aqueles hipertensos avaliados pela equipe de saúde com tal necessidade de atendimento.

Meta 3.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Diabéticos.

No primeiro mês foram 69 usuários (100%), no segundo mês foram 137 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 205 usuários (100%). As consultas odontológicas foram garantidas para os diabéticos, bem como para aqueles diabéticos avaliados pela equipe de saúde, com necessidade de tal atendimento.

4. Objetivo. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 4.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês foram 11 usuários (100%) faltosos buscados pelos ACS, no segundo mês foram 30 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 51 usuários (100%). Como se pode observar, foi um trabalho muito intenso para os ACS, pois tiveram que procurar uma grande quantidade de faltosos, mas não foi em vão, depois de tanta insistência, os usuários já procuravam o atendimento na UBS. Foram garantidas as visitas domiciliares para buscar os faltosos e as palestras nas comunidades para informar sobre a importância de realização das consultas.

Meta 4.2. Buscar 100% dos Diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês foi feita a busca ativa de 10 usuários (100%), no segundo mês foram 24 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 37 usuários (100%). Com os usuários diabéticos aconteceu o mesmo que com os usuários hipertensos.

5. Objetivo: Melhorar o registro das informações.

Meta 5.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês foi mantida a ficha-espelho de 73 usuários (100%), no segundo mês foram 145 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 217 usuários (100%). Todos os usuários tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, um trabalho conjunto de toda a equipe. Foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. Além disso, foram coletados em todas as

consultas, numa planilha de coleta de dados, informações para acompanhar os indicadores do programa.

Meta 5.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês 69 usuários (100%) tiveram sua ficha-espelho preenchida, no segundo mês foram 137 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 205 usuários (100%). As mesmas ações desenvolvidas para os hipertensos foram realizadas para os diabéticos.

6. Objetivo: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 6.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês, 73 usuários (100%), no segundo mês foram 145 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 217 usuários (100%). Este aspecto nos foi fácil, como solicitamos todos os exames prévios à consulta e referenciamos à consulta com cardiologia, que trabalha perto de Paes Landim, os usuários foram avaliados por esse especialista e pela equipe de saúde da UBS. Realizaram-se palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco, à importância do acompanhamento regular e à relevância do controle dos fatores de risco modificáveis (como alimentação). Além disso, capacitou-se a equipe para as estratégias de controle de fatores de risco modificáveis.

Meta 6.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês foram 69 usuários (100%), no segundo mês foram 137 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 205 usuários (100%). A estratificação de risco para diabéticos também foi alcançada pelas mesmas ações desenvolvidas para os hipertensos.

7. Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 7.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% aos hipertensos e diabéticos.

Meta 7.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 7.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% aos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 7.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% aos usuários hipertensos e diabéticos.

Estas metas foram agrupadas porque foram trabalhadas juntas pela equipe de ESF. A equipe promoveu o estilo de vida saudável para todos os usuários com HAS e/ou DM na comunidade e também se entregou um folder de forma individual a cada um em consulta, orientando-se novamente. Contamos com o apoio da psicóloga do município com o programa antitabagismo, que já existia, para todos os usuários que manifestaram vontade de parar de fumar. Foi garantida orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a todos os usuários com HAS e/ou DM para a população do município. Esta estratégia possibilitou que mais os usuários buscassem orientações com os profissionais de saúde, inclusive usuários que não estavam doentes.

4.2 Discussão

A intervenção foi importante para a equipe, porque possibilitou a capacitação sobre os protocolos assistenciais e maior integração dos profissionais na realização das ações.

Para o serviço, a intervenção foi relevante, pois permitiu organizar o trabalho de forma mais acertada, fazendo com que cada um soubesse qual é a sua função dentro e fora da UBS, possibilitando aos usuários de alto risco a priorização do atendimento, por exemplo. A intervenção na USF possibilitou ampliar a cobertura na atenção aos usuários com HAS e/ou DM de forma integral, com melhoria na realização de exames a todos os usuários e detectando assim algumas complicações, como periféricas neuropatias e insuficiência arterial. A organização de um fluxo de atendimento do usuário para o acolhimento foi bastante relevante para possibilitar a atenção integral à comunidade. Os ACS desempenham papel essencial no contato com a comunidade. As atividades de educação em saúde começaram a sensibilizar a comunidade para adoção de estilos de vida saudáveis. Os registros em fichas-espelho foram adequados graças ao empenho da equipe e, assim, as

informações foram monitoradas para uma melhor avaliação da saúde da comunidade.

Entretanto, o impacto positivo da intervenção ainda é pouco reconhecido pela comunidade, pois ainda não é dada a importância que se necessita para o controle das doenças, como por exemplo, adoção de estilo de vida saudável, embora a equipe tenha construído importante vínculo com a população.

Ao começar a fazer a intervenção, neste momento, minha prioridade seria trabalhar na comunidade com a possibilidade de aumentar a minha carga horária, para dispor de mais tempo na promoção de estilos de vida saudáveis à população, através de palestras de conscientização, com temas destinados a prevenção e promoção de saúde. Atualmente, os encontros passaram da frequência mensal, para a quinzenal.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço, incluindo a melhoria das ações de prevenção e promoção de saúde, como foi mencionado. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção, enquanto rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada aos hipertensos e/ou diabéticos.

A partir da próxima reunião de equipe, pretendemos ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM e disseminar a intervenção para o programa de prevenção de câncer, dando prioridade as neoplasias que se podem detectar de forma precoce, como é o câncer do colo do útero, próstata e mama, tendo já como experiência, esta intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Nossa equipe realizou uma intervenção no programa de atendimento aos usuários com diabetes e hipertensão na Unidade Básica de Saúde Maria Borges, de Paes Landim, do estado do Piauí. As atividades da intervenção fizeram parte dos requisitos de formação do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

A equipe utilizou os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013). Para registrar todos os dados necessários à qualificação da atenção à saúde do usuário com hipertensão e diabetes, utilizaram-se os prontuários dos usuários, as fichas de acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde e o modelo das fichas-espelho disponibilizadas pelo curso. Entre os instrumentos necessários, foram reproduzidas cópias das fichas pela gestão. Também foram solicitados à Secretaria Municipal de Saúde os relatórios atualizados do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Para a coleta de dados e obtenção dos indicadores, durante a intervenção, as informações foram processadas, utilizando-se as planilhas de coleta de dados disponibilizadas pelo curso. Procuramos colocar em prática os objetivos, metas e ações planejadas para modificar a realidade de nossos usuários. Objetivamos ampliar a cobertura dos usuários com diabetes e hipertensão, melhorar a adesão dos usuários e a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e diabetes, mapear os usuários de risco, melhorar o registro das informações dos usuários e promover a saúde, com o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Como meta, tínhamos cadastrar 90% dos usuários com hipertensão e diabetes que pertenciam à área de abrangência. Ao final da intervenção foram

cadastrados 217 usuários com hipertensão, representando cobertura de 66,6% e 205 usuários com diabetes, para uma cobertura de 67,9% cadastrados no programa. A intervenção foi realizada em 12 semanas.

Os demais objetivos e metas foram alcançados em 100%, com busca ativa de todos os usuários faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada, com os exames clínicos realizados em todas as consultas, com os registros completos das informações dos usuários e com a promoção da saúde, garantindo orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Para alcançar as metas propostas criamos o grupo de usuários com hipertensão e diabetes, os quais aconteceram mensalmente, com palestras realizadas pela equipe e com auxílio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Frente à realidade apresentada, reforço o objetivo geral da intervenção de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da UBS e que foi muito importante o apoio recebido da gestão para desenvolver o projeto. Esta ação foi de muita relevância para a comunidade, minimizando riscos e melhorando a saúde e qualidade de vida dos usuários, aumentando a resolutividade das ações da equipe de saúde e, se não fosse a participação e apoio da gestão estes resultados com certeza não seriam tão positivos, pois colaborou com a agilização de exames, provisão de insumos e materiais e resolução no menor tempo possível a indisponibilidade de transporte para a realização das visitas domiciliares.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nossa Unidade de Saúde Maria Borges em Paes Landim, no estado do Piauí, possui uma população estimada de 4.074 pessoas e um total de 326 hipertensos e 302 diabéticos residentes na área da Unidade Básica de Saúde. Para tanto, atividades da intervenção, que fizeram parte dos requisitos de formação do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas foram planejadas e realizadas em 12 semanas e, só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Elaboramos objetivos, metas e ações para intervir na realidade de nossos usuários com pressão alta ou diabetes, de 12 março a 28 maio de 2015. Nesse período, cadastramos 217 hipertensos (66,6%) e 205 diabéticos (67,9%). Procuramos para isso, embora não tenhamos atingido a meta de 90%, garantir melhores registros, acolhimento, material, capacitação da equipe sobre o protocolo de atendimento, entre outros.

Identificamos que os cadastrados receberam as ações, isto é, em 100%, quanto ao exame clínico em dia e aos exames complementares. Nesses exames complementares, o gestor municipal providenciou maior agilidade para o recebimento dos resultados. Também a equipe garantiu em 100% a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. A consulta odontológica programática aumentou progressivamente chegando aos 100% dos cadastrados. As ações realizadas pela equipe de saúde bucal foram relevantes e importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade.

Realizamos a busca ativa de todos os faltosos, sendo no primeiro mês 11, 30 no segundo e 51 hipertensos no terceiro mês, 10 diabéticos no primeiro, 24 no segundo e 37 no mês três. Como se pode observar foi um trabalho muito intenso

para os agentes comunitários de saúde. As visitas domiciliares foram também garantidas para buscar os faltosos e realizaram-se palestras na comunidade para informar sobre a importância de comparecer às consultas. Ainda se realizou a estratificação de risco cardiovascular de todos os cadastrados, orientação sobre alimentação saudável. Os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa receberam orientações com auxílio dos profissionais nutricionistas da Universidade e da Unidade. Igualmente ofereceu-se orientação sobre atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Em relação às ações realizadas todas foram muito importantes e de impacto positivo para o serviço. A introdução do uso dos protocolos atualizados de atendimento de hipertensos e diabéticos também foi fundamental na melhoria do atendimento em nossa unidade de saúde. Quanto ao trabalho com a comunidade sobre prevenção e conscientização sobre doenças crônicas também deve ser continuado, é um trabalho sem fim, pois devemos sempre estar em contato com vocês e realizando trabalhos educativos principalmente por ser uma comunidade com vulnerabilidades socioeconômicas e educativas, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença, assim que diversas orientações foram indicadas, como a alimentação mais adequada e mais saudável, sinais e sintomas da doença e suas complicações.

A formação dos grupos de hipertensos e diabéticos foi adequada e está dando certo, pois nos locais que conseguimos formar os grupos notamos a adesão dos usuários, bem como a participação dos mesmos mensalmente como uma alternativa de tratamento e melhora. Os participantes do grupo e seus familiares demonstraram satisfação em fazer parte da intervenção e observaram as diferenças em suas vidas com a adoção de hábitos de vida saudáveis a partir do trabalho no grupo, fato que os motivaram a continuar com os encontros. As pessoas aparentaram satisfação pela priorização no atendimento, reduzindo o tempo de espera e pela garantia dos serviços cada vez mais próximo da casa.

Enfrentamos poucas dificuldades e uma delas, foi à dificuldade com o transporte para fazer as visitas domiciliares e outras ações como controle de pressão arterial e açúcar no sangue – glicemia capilar, o qual foi resolvido por nossa secretaria de saúde no menor tempo possível. Outras dificuldades foram às situações climatológicas, de muitos dias chuvosos que afetaram o trabalho da equipe e o acesso da comunidade à Unidade.

A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, pois os encontros continuam acontecendo, porém agora quinzenalmente, mas devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e principalmente dos familiares e dos diabéticos e/ou hipertensos, quanto à necessidade das mudanças de hábitos para alcançar uma melhor qualidade de vida e saúde. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção enquanto rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada aos hipertensos e/ou diabéticos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fazendo uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, nossa equipe teve um grande crescimento profissional e pessoal, ao construir o conhecimento a partir da minha realidade e dos desafios da equipe de trabalho. Desde o início do curso tive inúmeras expectativas que foram se superando ao longo do mesmo, o conhecimento que adquiri não apenas em conteúdo, mas também conhecendo a minha realidade diária de trabalho, através da intervenção e das atividades propostas pelo curso. E ao final os resultados superaram minhas expectativas e de toda equipe.

Dentre os aprendizados mais relevantes, ressalto os encontros com a comunidade, momento em que eles tiravam todas as dúvidas, e nós conseguíamos passar informações a eles, criando assim um vínculo entre profissional e usuário. Durante a intervenção houve a implantação do protocolo do Ministério da Saúde para o cuidado ao usuário com hipertensão e diabetes, em que toda a equipe aderiu, sendo o usuário o principal favorecido. Já a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde motivou a equipe a exercitar a análise do trabalho, reforçando a importância da cidadania e a participação social.

Os casos clínicos foram bem elaborados e estimularam o raciocínio clínico e a leitura com qualificação da prática clínica e desenvolvimento da equipe. As mudanças no processo de trabalho auxiliaram a equipe na correta tomada de decisão e agilidade das ações em saúde. O curso forneceu uma gama de aprendizado por ser interativo e instigar aos alunos aprender com a prática cotidiana de trabalho, pôde interagir tanto com os colegas de trabalho que compõem a minha equipe, aumentando a união e o trabalho, como outros profissionais de diversas realidades do Brasil.

É fundamental que se tenha uma visão sobre os usuários com diabetes e hipertensão como um ser social, capaz de atos e fatos, dotado de experiência e em conformidade com o senso crítico, sujeito de seu próprio desenvolvimento. Somente uma intervenção levada de forma adequada, é capaz de favorecer o desenvolvimento crítico pleno ou a construção da autonomia das pessoas com diabetes e hipertensão.

Entende-se que a prevenção deva ser realizada, visando alcançar a população geral, que inclui pessoas doentes e não doentes. Por fim, o curso foi de fundamental importância para prática profissional, com enriquecedora aprendizagem e interação de profissionais de outros serviços.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2010. Disponível em:
http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/paes-landim_pi Acesso em: 24 ago. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V. In: **Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Dados para Culin	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A esmaltização de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	
	25																	
	26																	
	27																	
	28																	
	29																	
	30																	
	31																	
	32																	
	33																	
	34																	

